

様式（3）

提出日：令和 年 月 日

岐阜県医師会長 様

在宅医療のための多職種連携強化支援事業 実施報告書

1 実施者基本情報

団体名・代表者名、 又は個人名				
担当部署		連絡先	TEL	
担当者氏名			メール	

2 検討会の内容について

開催日：令和 年 月 日	会場：		
テーマ：			
参加人数 _____ 名（参加職種： _____ ）			
参加医師名（代表2名）	① _____	② _____	
参加訪問看護師名（代表1名）	① _____		
その他参加専門職（代表1名）	① _____		
検討内容 ※必要に応じて資料を添付すること			
○地域の在宅医療における連携状況や、検討して出された課題、障壁となること等			
○研修、検討して出された新たな提案等			
○検討して出された提案を導入した場合における予測効果等			

※当日の配布資料、チラシ等内容のわかるものを添付してください。

岐阜県医師会 在宅医療連携強化事業  
在宅医連携体制構築のための検討会

様式（3）

**3 支出額内訳**

経費区分	支出額（円）	備考（必要に応じて資料を添付すること）
旅費 謝金 消耗品費 通信運搬費 賃金 会議費		
合計（円）		

※振り込み先についての資料（様式4）を添付してください。